ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 32 (150). Rocznik IV. | Kraków, 14. 11. 1943 r.

Redaktor: Dr med. Max Seyffert, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Krakau, Albrechtstraße 11 a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Krakau, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Krakau. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się w miarę potrzeby.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Krakau, Albrechtstr. 11 a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer. Krakau, Albrechtstr. 11 a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

T R E Ś Ć: Str.

Wytyczne dla zatrudnienia chorych na gruźlicę płuc

Dekret okólny Ministra Spraw Wewnętrznych Rzeszy z 9 sierpnia 1943 r.

Dziennik Urzędowy Ministerstwa Spraw Wewn. Rzeszy 1943 Nr. 33, str. 1327.

(Dokończenie)

8. W zakresie niższych władz administracyjnych współdziałają następujące placówki:

a) U r z ą d p r a c y: jako państwowej władzy zatrudnienia podlega mu faktyczne przeprowadzenie zatrudnienia chorych na gruźlicę płuc. Przy tym współpracuje on najściślej z zakładami, mianowicie przy wyborze odpowiedniego miejsca pracy. Przy zatrudnieniu chorych na gruźlicę płuc, służbie lekarskiej administracji zatrudnienia przypadają zadania szczególnie odpowiedzialne;

b) p l a c ó w k i z a j m u j ą c e s i ę l e c z e n i e m g r u ź l i c y, o p i e k ą i o r z e c z n i c t w e m: właściwości gruźliczego schorzenia płuc (niebezpieczeństwo pogorszenia, nawrotu, zakażenia) wymagają współpracy lekarskiej i opiekuńczej. W rachubę wchodzą tu: lekarze przeprowadzający leczenie, zwłaszcza lekarze sanatoryjni, lekarze opieki społ. nad gruźlikami (urzędy zdrowia), państwowi lekarze przemysłowi, służba lekarzy zaufania ubezpieczenia na wypadek choroby, placówki frontu pracy zajmujące się sprawami lekarskimi i opiekuńczymi;

c) k i e r o w n i c y p r z e d s i ę b i o r s t w w ramach nałożonego na nich ustawowo obowiązku opieki nad załogą;

d) s a m g r u ź l i k: musi on być gotów do podjęcia pracy uznanej za odpowiednią dla niego.

II. Wykonanie szczegółowe

P o u c z e n i e u r z ę d u p r a c y

9. (1) Każdego chorego na gruźlicę płuc, którego ma się zatrudnić, a który potrzebuje szczególnej opieki lekarskiej i opieki społecznej, należy zgłosić urzędowi pracy, który w ostatecznym rozstrzygnięciu ma przeprowadzić pomieszczenie gruźlika zdatnego do zatrudnienia, aby urząd mógł wyszukać odpowiednie miejsce pracy. To samo odnosi się do zmiany miejsca pracy gruźlika.

(2) To pouczenie urzędu pracy jest zadaniem lekarzy przeprowadzających leczenie, zwłaszcza lekarzy sanatoryjnych, dalej lekarzy urzędów zdrowia opiekujących się gruźlikami. Lekarz sanatoryjny winien rozważyć przyszłe zatrudnienie gruźlika leczonego sanatoryjnie z nim samym i przedstawicielem urzędu pracy.

S t w i e r d z e n i e z d o l n o ś c i d o z a t r u d n i e n i a u c h o r y c h n a g r u ź l i c ę p ł u c

10. Stwierdzenie zdolności do zatrudnienia u chorego na gruźlicę płuc jest obowiązkiem lekarza urzędu zdrowia, wykonującego opiekę nad gruźlikami. Opierając się na potrzebnych podkładkach od lekarza przeprowadzającego leczenie (lekarz sanatoryjny, szpitalny), od służby lekarzy zaufania ubezpieczenia przeciw chorobie itd., winien on wydać przy wyborze miejsca pracy osąd o indywidualnej wytrzymałości gruźlika na obciążenie (trwanie, tempo, ciężkość pracy, pozostałe warunki pracy) oraz o zarządzeniach zapobiegawczych i ochronnych, jakie wydają mu się konieczne dla samego gruźlika i dla współpracujących towarzyszy pracy, i przesłać to orzeczenie urzędowi pracy. Przy tym lekarz wykonujący opiekę nad gruźlikami winien się także wypowiedzieć co do tego, czy gruźlikowi wolno uczestniczyć w żywieniu zbiorowym i zbiorowych wystąpieniach publicznych.

P r a k t y c z n e p r z e p r o w a d z e n i e z a t r u d n i e n i a

11. Właściwy pośrednik urzędu pracy wyszukuje następnie odpowiednie miejsce pracy, w porozumieniu z lekarzem doradczym urzędu pracy. Należy zawiadomić zakład (kierownika zakładu i lekarza zakładowego) oraz

wysłuchać go, zatrudnienie należy przeprowadzić w porozumieniu z zakładem. W razie potrzeby lekarz doradczy, pośrednik pracy i kierownik zakładu lub lekarz zakładowy powinni na miejscu dokonać oględzin miejsca pracy. Urząd pracy winien każdorazowo pisemnie zakomunikować zakładowi zarządzenia zapobiegawcze i ochronne, które lekarz opieki nad gruźlikami uważa za niezbędne przy zatrudnieniu gruźlika.

Zmiana miejsca pracy

12. Zmiany miejsca pracy gruźlika wolno dokonać tylko za zgodą urzędu pracy, aby zapobiec zagrożeniu gruźlika przez samowolny wybór takiego miejsca pracy, którego nie zbadano przed tym czy ono nadaje się dla niego. Przy tym należy postępować odpowiednio do liczb 9 do 11.

Wybór miejsca pracy

13. Przy wyborze miejsca pracy dla chorych na gruźlicę w okresie zaraźliwości winien urząd pracy uwzględnić następujące punkty widzenia:

a) nie wolno zezwolić na współpracę ścisłą i długotrwałą z młodocianymi i współpracownikami poniżej lat 25. Nie wolno ich zapośredniczyć do zawodów, które zajmują się wychowaniem i opieką nad dziećmi i młodocianymi, dalej do gospodarstw domowych z dziećmi i młodocianymi, a przy gospodarstwach bez tychże wolno zapośredniczyć tylko przy podaniu schorzenia głowie gospodarstwa domowego do wiadomości.

b) Współpraca z dorosłymi dozwolona jest tylko w luźnym związku, w takim jaki jest przeważnie przy pracy fizycznej; zwłaszcza nie wolno choremu na otwartą gruźlicę siedzieć przy tym samym stole do pracy naprzeciw innych, jeżeli między nimi nie istnieje odstęp conajmniej 2 metrów lub ściana ochronna. Nie może zachodzić konieczność dłuższego mówienia zawodowego (dyktowania). Gruźlicy winni przy tym w miarę możności brać udział w życiu zbiorowym przedsiębiorstwa, zwłaszcza w wieczorach koleżeńskich, wycieczkach, wspólnych przyjęciach itp. — natomiast nie powinni brać udziału w służbie ochrony przedsiębiorstwa i wystąpieniach masowych

c) Chorych na gruźlicę otwartą nie wolno zatrudniać przy uzyskiwaniu i przerabianiu artykułów żywnościowych i używek, jak np. w sklepach spożywczych, kantynach, mleczarniach, piekarniach, w ogólnym przemyśle spożywczym a również w zakładach gospodnich i szynkarskich, w zawodzie fryzjerskim lub kosmetycznym. Chorych na gruźlicę otwartą lekarzy, lekarzy-dentystów, techników dentystycznych, osoby pielęgnujące chorych winno się zatrudniać albo tylko w sanatoriach przeciwgruźliczych, albo tylko na stanowiskach, które nie pociągają za sobą żadnego ściślejszego zetknięcia z innymi osobami. Zresztą należy dążyć do miejsc pracy jednostkowej bez przyjmowania stron, współpracy z innymi chorymi gruźliczo, odpowiednich miejsc pracy w sanatoriach przeciwgruźliczych i instytucjach odosobnienia (przytułkach).

d) Dla gruźlików grożących zakażeniem, niedostatecznie wyrównanych i trwale potrzebujących usilnej ochrony, dla których nie jest możliwe zatrudnienie jednostkowe, wchodzi w rachubę pomieszczenie wspólne w granicach ich stwierdzonej sprawności (patrz liczba 6). Przy tym spostrzega się nieraz poprawę sprawności i zmniejszenie niebezpieczeństwa zakażenia. Osiedla warsztatowe zapewniają dla gruźlika i jego rodziny stosunki mieszkaniowe nie podlegające zarzutom.

Opieka następcza na miejscu pracy

14. (1) Opieka następcza na miejscu pracy jest obowiązkiem kierownika zakładu, zabowiązanego do wykonywania opieki społecznej nad swą załogą według § 2 ustawy o ordynacji pracy[4]). Przy tym powinna mu służyć radą placówka opieki nad gruźlikami, z którą kierownik zakładu względnie lekarz zakładowy winien wogóle jak najściślej współpracować, także już celem wczesnego rozpoznania leczenia i wybrania nawrotów grożących zakażeniem lub pogorszeniem.

(2) Opieka następcza kierownika zakładu względnie lekarza zakładowego polega na wykonywaniu udzielonych mu wskazówek zapobiegawczych i ochronnych, dalej należy tutaj nadzorowanie gruźlików pracujących na miejscu pracy, obserwowanie towarzyszów w otoczeniu gruźlika, aby ich chronić przed zakażeniem, wreszcie także troska o ich koleżeńskie pełne względów zachowanie się wobec gruźliczego towarzysza pracy.

(3) Niemiecki front pracy podtrzymuje kierownika zakładu w wykonywaniu nałożonego na niego obowiązku opieki, przejmuję również w porozumieniu z kierownikiem okręgowym wydziału przeciwgruźliczego Rzeszy lub jego pełnomocnikiem szkolenie sił powołanych z zakładu przez kierownika zakładu dla zadań opieki.

(4) Do opieki następczej na miejscu pracy należy również konieczne wyrównanie zmniejszonego zarobku z pracy (patrz liczba 5). Spowodować to winna placówka opieki nad gruźlikami urzędu zdrowia.

Ochrona kierownika zakładu przed odpowiedzialnością cywilną

15. Jeżeli kierownik zakładu zatrudnia chorego na gruźlicę płuc na miejscu pracy, wyszukanym przez urząd pracy, i przeprowadza podane mu do wiadomości zarządzenia ochronne i zapobiegawcze w ścisłej współpracy z placówką opieki nad gruźlikami, to według wszelkich spostrzeżeń lekarskich i doświadczenia praktycznego nie można przyjmować zakażenia zdrowych członków załogi przez gruźlików w zakładzie, a kierownika przedsiębiorstwa nie można za to czynić odpowiedzialnym. Zresztą pismem ministra spraw wewnętrznych Rzeszy z 18. 11. 1941 (Reichsgesundheitsblatt 1942 str. 85) zwrócono sądom uwagę na to, że w procesach o odpowiedzialność cywilną omawianego tu rodzaju jako rzeczoznawcy na ogół nadają się tylko lekarze specjaliści chorób płucnych, szczególnie doświadczeni, których w razie potrzeby może zaproponować Wydział przeciwgruźliczy.

---

[4]) Porównaj Dziennik ustaw Rzeszy 1934 I, str. 45.

KASA WZAJEMNEJ POMOCY LEKARZY
przy Izbie Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie

zawiadamia o śmierci członków

362 **Dr Herschdörfer**
363 **Dr Tworowski**
364 **Dr Gruszecki**
365 **Dr Urbanowski**

Opłaty bieżące winni członkowie Kasy uiścić w listopadzie br.

Konieczność celowego leczenia chorób krwi

Napisał Dr. Wolfgang Schumacher

Przedruk z Deutsches Ärzteblatt Nr. 23/24 z 15 sierpnia 1942

Zanim w r. 1926 poznano krwiotwórcze działanie podawania wątroby, leczenie niedokrwistości było ograniczone do przetaczań krwi i do leczenia żelazem i arsenem. Przy niedokrwistości złośliwej leczenie to jednakże zupełnie zawodziło, tak że chorzy na niedokrwistość złośliwą przed r. 1926 prawie regularnie umierali. Skoro więc teraz udało się leczyć z pomyślnym skutkiem niedokrwistość złośliwą za pomocą podawania wątroby, zapobiec zmniejszaniu się składników krwi, a chorych na niedokrwistość złośliwą utrzymać nie tylko przy życiu, ale również w stanie sprawności, stało się zrozumiałe, że ta nowa metoda leczenia wywołała wielkie wrażenie w całym świecie medycznym. Pod wrażeniem wspaniałych wyników, które mogło uzyskać przy niedokrwistości złośliwej leczenie wątrabą, dawna metoda leczenia żelazem usunęła się w cień, aczkolwiek także leczenie żelazem osiągnęło było dobre wyniki przy określonych chorobach krwi (blednica, niedokrwistość niedobarwliwa z niedoboru żelaza). Wielokrotnie w zapale radości odkrywczej uważano środek nowopozyskany, leczenie wątrobą, za środek uniwersalny przeciwko wszystkim postaciom niedokrwistości. Ale te przesadne oczekiwania wkrótce musiały doprowadzić do rozczarowań. Leczenie wątrobą jest jedynym swoistym środkiem leczniczym przy niedokrwistości złośliwej, ale nie jest ono zupełnie środkiem wszechleczącym dla wszystkich chorób krwi. Przy niedokrwistościach niedobarwliwych, które w większości polegają na niedoborze żelaza w ustroju, leczenie wątrobą zupełnie zawodzi. Tutaj, tak jak przedtem, nie zastąpione jest dawne leczenie żelazem. Poza tym ma ono tę wyższość, że jest o wiele bardziej gospodarne aniżeli drogie leczenie wątrobą.

Wysoce skuteczny jest tylko chlorek żelazowy, z którego jako wyroby gotowe istnieją w handlu Ferro 66, Ceferron i Ferrostabil. Górują one nad Ferrum reductum. Preparaty żelaza musi się dawkować względnie wysoko (np. 10—20 tabletek Ferrostabilu dziennie), i wolno je podawać tylko po jedzeniu, gdyż inaczej występują dolegliwości żołądkowe. Dla pacjentów wrażliwych stoją ostatnio do rozporządzenia preparaty żelaza dające się wstrzykiwać (Ferro 66).

Rozpoznawcze oddzielenie obydwu głównych postaci niedokrwistości, mianowicie niedokrwistości złośliwej i niedokrwistości z niedoboru żelaza, daje się stosunkowo łatwo przeprowadzić. Niedokrwistość złośliwa jest nadbarwliwa, a więc wykazuje wskaźnik podwyższony (ponad 1,0 początkowo często 1,2—1,6), zwiększone występowanie komórek olbrzymich (makrocytoza) i hyperchromazję. Natomiast niedokrwistość z braku żelaza jest niedobarwliwa i stąd wykazuje wskaźnik barwliwości poniżej 1, który w ciężkich przypadkach może opaść do 0,5. W rozmazie przy niedokrwistości z niedoboru żelaza znajduje się przeważnie lekką mikrocytozę i hypochromazję. Makrocytoza występuje także okolicznościowo przy niedokrwistości z niedoboru żelaza, ale jest stosunkowo rzadka. Od makrocytozy złośliwej postać ta daje się lekko oddzielić przez swą hypochromazję.

Przed rozpoczęciem leczenia choroby krwi powinno się dążyć w każdym przypadku do ścisłego odgraniczenia rozpoznawczego. Tylko tak da się przeprowadzić leczenie celowe i obiecujące pomyślny wynik (leczenie wątrobą dla niedokrwistości złośliwej, żelazem dla niedobarwliwej).

Nauka już od dawna zdaje sobie sprawę z konieczności celowego leczenia chorób krwi. Niestety poglądy te, które w literaturze omawiano wielokrotnie, w praktyce jeszcze nie przyjęły się ogólnie. Wielokrotnie w praktyce leczy się przetworami wątroby wszystkie postacie niedokrwistości bez różnicy. Również zupełna bezskuteczność leczenia wątrobą przy niedobarwliwych niedokrwistościach z niedoboru żelaza zdaje się nie zawsze działać odstraszająco. Wśród wielkiej ilości chorych Centralnej Stacji opieki nad cierpiącymi na choroby krwi przy Krajowym Zakładzie Ubezpieczeń w Berlinie widziałem liczne przypadki niedokrwistości niedobarwliwej, które latami leczono regularnie kosztownymi przetworami wątrobowymi, nie mogąc uzyskać pomyślnego wyniku.

Jeśli się zważy, że liczba niedokrwistości niedobarwliwych z braku żelaza jest znacznie większa od liczby niedokrwistości złośliwych, to można osądzić jakie trudności mogą wyniknąć z nieracjonalnego schematycznego leczenia wątrobą. Zwiększone zapotrzebowanie sił zbrojnych w czasach wojennych wymaga oszczędnego gospodarowania przetworami wątrobowymi, które jeszcze stoją do rozporządzenia zapotrzebowaniu cywilnemu. Stąd bezwarunkowo musi się dążyć do tego, aby przetwory wątrobowe stojące do rozporządzenia przypadały w pierwszym rzędzie chorym na niedokrwistość złośliwą, ponieważ ci chorzy bez przetworów wątrobowych zginęliby w krótkim czasie. Los tych chorych zależy od właściwego kierowania spożycia przetworów wątrobowych. Wytwórczość niemiecka dzięki postępującemu ulepszaniu sposobów wyzyskiwania wątroby surowej jest całkowicie w stanie pokryć w pełnym rozmiarze zapotrze-

---

Ubezpieczalnia Społeczna w Lublinie

ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarzy, a mianowicie:

I. Lekarze domowi:

1 stanowisko w Lublinie po 5 godz. dziennie,
1 „ w Bychawie, pow. Lublin, po 1 godz. dziennie,
1 „ w Niedrzwicy, pow. Lublin, po 1 godz. dziennie,
1 „ w Zemborzycach, pow. Lublin, po 2 godz. dziennie,
1 „ w Lipie, pow. Kraśnik, po 3 godz. dziennie,
1 „ w Baranowie, pow. Puławy, po 4 godz. dziennie,
1 „ w Kazimierzu, pow. Puławy, po 5 godz. dziennie,

II. Lekarze specjaliści (ginekol.):

1 stanowisko w Chełmie, po 3 godz. dziennie,

III. Lekarze dentyści:

4 stanowiska w Lublinie, po 3 godz. dziennie.

Warunki przyjęcia do pracy powinny odpowiadać § 2 art. 3 „Zasad ogólnych w sprawie przyjmowania, pełnienia czynności i zwalniania lekarzy ubezpieczalni społecznych".

Wynagrodzenie miesięczne w/g końcowego ustępu wyżej powołanych zasad.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej do dnia 25 listopada 1943 r.

Niemiecki Lekarz Naczelny
Dr med. Boernieck

P. o. Kierownika Gospodarczego
Petersen

bowanie siły zbrojnej i zapotrzebowanie chorych na niedokrwistość złośliwą, o ile przetwory wytworzone rzeczywiście doprowadzi się do tych chorych. Ale niemożliwe jest obecnie dodatkowe wytwarzanie wzrastających ilości przetworów wątrobowych dla bardzo wielkiej liczby niedobarwliwych niedokrwistości z braku żelaza. Jest to również zupełnie niepotrzebne, ponieważ — jak to wyżej wspomniano — niedokrwistości niedobarwliwe wedle zgodnego osądu wszystkich specjalistów o wiele skuteczniej można leczyć żelazem.

W interesie cierpiących ciężkie schorzenia krwi (niedokrwistość złośliwa) będzie można również zaniechać wielokrotnie stosowanego leczenia wątrobą jako środka nieswoiście wzmacniającego przy wyczerpaniu lub niedomodze sprawnościowej. Jako środki wzmacniające stoi do rozporządzenia wielka liczba wysoko wartościowych innych środków leczniczych (przetwory arsenu i fosforany) w ilości wystarczającej. Leczenie wątrobą musi być dzisiaj ściśle celowe i zastrzeżone dla niedokrwistości złośliwej.

Tak więc, streszczając się, o celowym leczeniu chorób krwi można powiedzieć, co następuje:

Wiedza i okoliczności czasowe wymagają w równej mierze zastrzeżenia leczenia wątrobą dla niedokrwistości złośliwej.

Niedokrwistości niedobarwliwe z braku żelaza, które są o wiele częstsze niż niedokrwistość złośliwa, należy celowo leczyć przetworami żelaza z grupy żelazowej.

Wskazówki dla lekarzy celem zwalczania cholery

Nowo opracowane w Urzędzie Zdrowia Rzeszy i w Instytucie Roberta Kocha

Przedruk z Reichs-Gesundheitsblatt z 26. 5. 1943, Nr 21, str. 352

1. Istota cholery

Cholera azjatycka jest to choroba zakaźna przebiegająca wśród obrazu klinicznego ciężkiego zapalenia jelit z zatruciem, która to choroba odznacza się nagłym występowaniem i ma skłonność szybkiego rozszerzania się w gwałtowne zarazy. Człowiek jest nadzwyczaj wrażliwy na zakażenie cholerą.

2. Przyczyna cholery

Zarazkiem cholery jest przecinkowiec cholery, odkryty przez R. Kocha w r. 1883. Przecinkowiec cholery jest to śrubowato skręcony delikatny prątek wyglądający w rozmazach jak przecinek.

Przecinkowce cholery są mało odporne na wpływy zewnętrzne (wysychanie, gorąco, światło słoneczne, środki dezynfekcyjne).

3. Występowanie

Cholera panuje stale w Indiach, gdzie istnieją epidemiczne ogniska, mianowicie w dolnym Bengalu i prezydencjach Madras i Bombaj. Z Indyj Brytyjskich podaje się rocznie na ogół około 100 000 do 300 000 przypadków śmierci na cholerę. Także w innych obszarach Azji (południowe Chiny, Burma, Syjam) cholera jest silnie rozpowszechniona. Natomiast pozostałe części świata nie bywają stale nawiedzane przez cholerę.

Z Indyj cholera przeszła po świecie w 6-ciu bezpośrednio po sobie następujących pandemiach; pierwsza z tych pandemij zaczęła się w r. 1817, szósta wygasła w r. 1923. Ostatni ciężki wybuch w Niemczech nastąpił w Hamburgu w r. 1892. W czasie wojny światowej i w latach następujących potem cholera była rozpowszechniona w Rosji; na wojsko niemieckie, które było chronione szczepieniem, zachorowanie to przeniosło się tylko w zupełnie nieznacznej mierze. W ostatnich latach cholera szerzyła się tylko w Azji.

Zachorowania na cholerę często kończą się śmiertelnie; zależnie od epidemii wahania cyfry śmiertelności wynoszą między 20 i 50 %. Swe największe rozpowszechnienie cholera osiąga głównie w gorącej porze roku.

4. Przenoszenie choroby

Źródłem zakażenia jest w pierwszym rzędzie człowiek chory na cholerę. W stolcu, rzadziej w wymiocinach i w moczu chorego, wydala się na zewnątrz wielkie ilości zarazków cholery.

Również wypróżnienia osób, które przebyły cholerę, zawierają zarazki chorobowe czasami jeszcze przez 14 dni, wyjątkowo nawet miesiącami i latami po wyzdrowieniu (tzw. trwale wydalający zarazki).

Również osoby pozornie zdrowe mogą wydalać ze swymi wypróżnieniami zarazki cholery (tzw. nosiciele zarazków). Te właśnie osoby odgrywają niewątpliwie bardzo wielką rolę w rozszerzaniu cholery.

Objęci ostatnio wspólnym oznaczeniem „wydalających zarazki" stale wydalający zarazki i nosiciele zarazków przedstawiają tak samo niebezpieczne źródła zakażenia, jak osoby chore na cholerę. Pod względem zarządzeń zaleconych w niniejszej ulotce przeciwko dalszemu rozpowszechnianiu cholery należy więc ich traktować tak samo jak chorych na cholerę.

Zarażenie cholerą z reguły następuje w ten sposób, że zarazki drogą poprzez jamę ustną dostają się do przewodu pokarmowego, zwłaszcza do jelita cienkiego. Zarazki cholery, które spożyto z potrawami lub napojami, ulegają po większej części zniszczeniu przez kwas żołądkowy, ponieważ są one bardzo wrażliwe na kwasy. Ale o ile zarazki dostaną się żywo z żołądka do jelita cienkiego, napotykają w nim zwykle na sprzyjające warunki bytu. Wówczas zaczynają się szybko rozmnażać i swymi jadami wywołują zaburzenia jelitowe z biegunkami.

Do przeniesienia przecinkowców cholery na zdrowych (zakażenia) wystarczają ślady wydalin, które mogą zawierać nieprzeliczone ilości prątków cholery.

Bielizna osobista i pościelowa, odzież, naczynia do jedzenia i picia, podłogi w otoczeniu chorego lub wydalającego zarazki, ulegają szczególnie częstemu powalaniu prątkami cholery. Mianowicie za pośrednictwem wydalających zarazki prątki dostają się łatwo do środków spożywczych, jak mleko, jarzyny, owoce, sałata, woda, i mogą szczególnie przez tę ostatnią wywoływać szeroko rozgałęzione nowe zakażenia, ponieważ wody używa się zarówno do mycia naczyń, do jedzenia i picia, jak również jako wody do picia oraz do przygotowywania pokarmów. Temu też należy przypisać wielką liczbę epidemij spowodowanych wodą do picia.

Poza tymi drogami rozpowszechniania się prawdopodobnie pewną rolę odgrywają też muchy jako nosiciele pośredni.

Tak więc drogi, którymi wędruje zarazek cholery od chorych lub wydalających zarazki, którzy już tę chorobę przebyli, określają występowanie zachorowań pojedynczych i masowych, które zależnie od okoliczności mogą wybuchowo iść w tysiące!

5. Obraz i przebieg choroby

Czas między wtargnięciem zarazków do ciała ludzkiego a wybuchem choroby wynosi kilka godzin do 5 dni, z reguły około 1 dnia.

Choroba przebiega nadzwyczaj rozmaicie. Po biegunkach początkowo niecharakterystycznych zaczynają się

stopniowo wypróżnienia papkowate, częściej rzadkie, ale jeszcze zabarwione żółciowo. Towarzyszą im złe samopoczucie, bóle głowy, zanik łaknienia i uczucie silnego pragnienia. Język jest grubo obłożony. Chorzy mogą wyzdrowieć po kilku dniach.

W przypadkach cięższych występuje silniejsze znużenie, wahania ciepłoty, mniej lub więcej gwałtowne bóle brzucha, biegunka a wkrótce także wymioty, aż wreszcie wymiotuje się rzadką żółcią, często wśród silnych bólów. Stolce, coraz to częstsze, stają się wkrótce bezbarwne, podobne do rzadkiej zupy mącznej lub do wody odlanej z gotowanego ryżu. Ze wzrastającą częstością płynnych stolców ustaje stopniowo oddawanie moczu. Wśród postępującego wyczerpania występują bolesne skurcze mięśniowe, mianowicie kurcze łydek. Oczy i policzki zapadają się, skóra w dotknięciu wydaje się zimna i marszczy się, końce palców i wargi stają się sine, głos surowy i bezdźwięczny.

Także i teraz wszystkie objawy mogą znowu nagle ustąpić. W około połowie przypadków rozwija się obraz ciężkiego przypadku cholery. Ale może się on rozpocząć także nagle u zupełnie zdrowego.

Chorzy na raz czują się straszliwie zmęczeni, skarżą się na silne bicie serca lub na zamroczenie, uczucie dreszczów i gwałtowne pragnienie. Łaknienie znika całkowicie. Język, jak również błona śluzowa ust stają się suche i spękane i pokrywają się suchym szarym nalotem. Pojawiają się silne wymioty, odbijania się, bóle brzucha, gwałtowne bóle nóg, rzadziej rąk, oraz charakterystyczne biegunki. Chorzy mogą mieć dziennie 10—20 i więcej stolców podobnych do wody ryżowej i wykazują wybitne objawy zatrucia (obniżenie ciepłoty, osłabienie serca, przyśpieszenie tętna, spadek ciśnienia krwi, upadek sił fizycznych). Oddychanie jest przy tym powierzchowne i przyspieszone. Świadomość pozostaje często przez długi czas nie zamącona. Nie rzadko na zmianę występuje niepokój oraz obojętność i senność. Mocz staje się skąpy, obfity w białko. Wreszcie chory staje się obojętny na wszystko, co się dokoła niego dzieje i często w tym stanie następuje śmierć już po kilku godzinach.

Czasami zatrucie rozpoczyna się tak gwałtownie i wśród utraty świadomości i szybkiego zaniku sił fizycznych przebiega śmiertelnie tak prędko, że do objawów jelitowych w ogóle nie dochodzi.

Bóle brzucha w nielicznych przypadkach mogą być tylko nieznaczne, albo nawet mogą zupełnie nie występować. Mianowicie w późniejszych okresach oddawanie stolców następuje bez bólu, prawie nieustannie. Brzuch jest płaski, zapadnięty, twardy.

Charakterystyczny jest wygląd chorego. Skóra jest sucha, ponad wystającymi kośćmi błyszcząca, cieńka, zresztą wiotka, zwiędła, dająca się uchwycić w fałdy. Oczy są zapadnięte, rogówka sucha. Nos zaostrza się. Chorzy w dotknięciu wydają się zimni, początkowo kończyny ciała (dłonie, stopy itd.), później reszta ciała nabiera zabarwienia sinego, wreszcie sino-szarego. Może także wystąpić osutka skórna podobna do odrowej lub płoniczej.

W poszczególnych przypadkach może często nastąpić niespodzianie zwrot ku lepszemu. Biegunki ustają, krążenie doznaje poprawy, chory zaczyna się pocić, a także stopniowo oddawać mocz. Po 14 dniach, ale częściowo także już wcześniej, może nastąpić zupełne wyzdrowienie.

Jako obciążenie stanu chorobowego mogą dalej wystąpić zapalenia oskrzeli lub płuc, ślinianek, pęcherza moczowego, krwawienia maciczne, u ciężarnych często poronienia lub porody przedwczesne. Wielokrotnie spostrzegano równoczesne występowanie czerwonki, duru i paraduru. Takie zakażenie mieszane znacznie pogarsza przebieg choroby.

W okresach epidemii spostrzegano często u chorych na cholerę objawy podobne do odmrożenia kończyn. Suchość rogówki oczu może doprowadzić do zapalenia rogówki. Nierzadko występują także zapalenia ucha środkowego.

Przebycie cholery pozostawia długotrwałą odporność rozciągającą się często na dziesiątki lat.

6. Rozpoznanie

Przypadki cholery, które występują na początku nowej epidemii, można łatwo pomieszać z cholera nostras, zatruciami środkami spożywczymi, peritonitis, paradurem, zimnicą, czerwonką albo też z zatruciami arszenikiem. Zwłaszcza zatrucia środkami spożywczymi przez prątki grupy paratyphus-enteritis jak również prątkami czerwonki, mianowicie typu E (Kruse-Sonne) mogą spowodować ciężkie zapalenia jelit podobne do cholery. Tyfoid choleryczny różni się od typhus abdominalis brakiem obrzęku śledzony, różyczek i wzdęć brzucha. Ale tym zakażeniom, względnie zatruciom, brakuje istotnego rysu charakterystycznego dla cholery, która ma wyraźną skłonność do szybkiego rozszerzania się epidemicznego, a przy tych zachorowaniach chodzi z reguły o przypadki pojedyncze, co najwyżej o zachorowania grupowe.

Jeżeli w wypróżnieniach, podobnych do wody ryżowej, u chorych na cholerę istnieją w bardzo wielkiej ilości typowe przecinkowce cholery, to ich stwierdzenie udaje się czasami już w rozmazach strzępków śluzu, które barwi się rozcieńczonym (1:10) roztworem fuksyny karbolowej. Przecinkowce często są ułożone jakby ławice ryb.

Rozpoznanie niewątpliwe daje się uzyskać tylko na podstawie badania bakteriologicznego. Poza rozpoznaniem jawnych przypadków chorobowych chodzi także o bakteriologiczne zbadanie wszystkich podejrzanych a także zdrowych z otoczenia.

Załącznik 6 „Wskazówek Rady Związkowej dla zwalczania cholery" z 28 stycznia 1904 zawiera podane poniżej w wyciągu przepisy o pobraniu i przesyłce przedmiotów do badań w przypadkach podejrzanych o cholerę.

A. Pobieranie materiału

a) Od żyjącego

Około 50 cm³ wypróżnień zbiera się bez dodatku środka dezynfekującego albo też tylko z dodatkiem wody. Dalej na pewną ilość szkiełek nakrywkowych — z każdej próby 6 — umieszcza się po kropelce wypróżnień, o ile możliwe strzępek śluzu, rozdziela się je na drobne cząstki ostrzem skalpelu i zostawia rozmazem do góry do wyschnięcia (preparaty rozmazowe). Wreszcie zaleca się zaraz na miejscu zaszczepienie powierzchowne trzech probówek ze skośnie zakrzepłym agarem (jeden oryginał i dwa rozcieńczenia) oczkiem treści jelitowej i łączne ich przesłanie. Potrzebnych do tego probówek z agarem należy zażądać od najbliższej placówki badawczej.

Z bielizną świeżo zanieczyszczoną wypróżnieniami postępuje się jak z próbami wypróżnień.

Jeżeli chodzi o następcze stwierdzenie choroby przebytej z podejrzeniem o cholerę, to może się to stać za pomocą badania próby krwi na odczyn Pfeifera i na odczyn zlepny według Grubera-Widala. Pobiera się co najmniej 3 cm³ krwi przez nakłucie żylne przedramienia i przesyła się ją w jałowej zatopionej probówce. Jeżeli surowica oddziela się szybko, to można dla lepszego utrwalenia dodać fenolu w stosunku 1:200, np. 0,1 cm³ 5 %-owego kwasu karbolowego na 0,9 cm³ surowicy.

b) Z zewłok

Otwarcie zwłok należy przeprowadzić możliwie jak najprędzej po śmierci i z reguły ograniczyć do otwarcia jamy brzusznej i wyjęcia 3 pętlic jelita cienkiego. Należy pobrać i nadesłać 3 podwójnie podwiązane kawałki długości 15 cm, a mianowicie ze środkowej części jelita krętego, około 2 metry powyżej, jak również bezpośrednio powyżej zastawki okrężnicy. Szczególnie wartościowy jest kawałek wymieniony ostatnio, którego też dlatego nigdy nie powinno braknąć w przesyłce.

B. Wybór i postępowanie z naczyniami przeznaczonymi do pobrania materiału

Do tego nadają się najbardziej grubościenne słoiki szklane na proszki z doszlifowanymi korkami szklanymi i szeroką szyjką, w ich braku naczynia szklane z gładką szyjką cylindryczną, którą należy zamknąć dobrze dobranymi świeżo wygotowanymi korkami.

Przed użyciem szklane naczynia należy świeżo wygotować, natomiast nie wolno spłukiwać ich płynem dezynfekującym.

Po złożeniu materiału należy naczynia dokładnie zamknąć, korek należy obwiązać papierem pergaminowym; także na każdym naczyniu należy mocno nakleić lub dokładnie przywiązać kartkę, która zawiera dokładne dane o zawartości przy oznaczeniu osoby, od której ona pochodzi oraz o czasie pobrania (dzień i godzina).

C. Opakowanie i przesyłka

W jednej przesyłce wolno zawsze zapakować tylko materiały do badań od jednego chorego lub z jednych zwłok. Należy dołączyć kartkę, na której należy podać: poszczególne części składowe przesyłki, nazwisko i płeć chorego czy zmarłego, miejsce zachorowania, przy osobach przybyłych z zewnątrz miejsce urodzenia lub pochodzenia, postać chorobową, dzień i godzinę zachorowania, a w danym przypadku śmierci. Do opakowania wolno użyć tylko mocnych skrzynek — a nie pudełek od cygar, pudełek z kartonu itp. Szkiełka nakrywkowe owija się w bibułę i watę i umieszcza się mocno w pustym pudełeczku od szkiełek nakrywkowych. Naczynia szklane i pudełeczka należy w skrzynkach ułożyć przy pomocy wełny drzewnej, siana, słomy, waty itp., tak by leżały nieporuszone i nie uderzały o siebie.

Przesyłkę musi się owiązać silnym sznurkiem, opieczętować oraz zaopatrzyć wyraźnie pisanym adresem placówki badawczej, jak również uwagą „ostrożnie!".

Przy przewożeniu pocztą przesyłkę należy nadać jako „paczkę pośpieszną" i zapowiedzieć telegraficznie placówce badawczej, do której ją wysłano.

Przy pobraniu, pakowaniu i wysyłce materiału należy unikać zbytecznej straty czasu, gdyż inaczej wynik badania zostaje podany w wątpliwość.

7. Zapobieganie przenoszeniu

a) Odosobnienie chorego i dalsze zarządzenia ochronne

Chory na cholerę stanowi niebezpieczne źródło zakażenia i dlatego musi się go bezwzględnie ściśle odosobnić. To samo odnosi się też do osób, które zachorowały wśród objawów nasuwających podejrzenie cholery i do wydalających zarazki. Wszystkie wymienione osoby musi się dlatego przenieść do szpitala. Ponieważ odosobnienie, wymagane bezwzględnie w interesie ogółu, nigdy nie da się przeprowadzić w domu w sposób nie nasuwający wątpliwości, istnieje ustawowa możliwość w razie potrzeby przeniesienia chorego do szpitala także wbrew jego woli (względnie tam, gdzie chodzi o dzieci, przeniesienie ich wbrew woli rodziców — § 11 rozp. min. spr. wewn. Rzeszy o zwalczaniu chorób zakaźnych z 1 grudnia 1938 r. Dz. U. Rz. P. 1938 I str. 1721). (C. d. n).

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY w Krakowie na dzień 14. XI. 1943

Lekarze ogólni:
Dr Jaskulski Zenon, Dietla 52
Lek. Jaworski Władysław, Grzegórzecka 49
Lek. Juzwa Eugeniusz, Białoprądnicka 25a
Lek. Kaczówka Aleksander, Kremerowska 10
Lek. Kamieński Roman, Grzegórzecka 39
Dr Kędra Mieczysław, Sebastiana 34/5
Lek. Kędracki Antoni, Topolowa 35

Lekarze chorób kobiecych:
Dr Ferkówna Maria, Nowa Olsza, Orkana 6
Dr Garbień Albin, Miodowa 21
Dr Górski Franciszek, Sławkowska 24a

Lekarze chorób dzieci:
Lek. Kapłańska Jadwiga, Krowoderska 37
Dr Kuligowa Janina, Pierackiego 5

Chirurdzy:
Dr Lelusz-Lachowicz Zygmunt, Floriańska 31
Dr Mikiewicz Damazy, Pijarska 5

Dermatolog:
Dr Żychowicz Adam, Długa 33

Neurolog:
Lek. Gerard de Festenburg Eryka, Siemiradzkiego 12

Lekarze-dentyści:
Dr Piątkowski Juliusz, Gertrudy 2
Lek. Jabłońska-Kochańska Maria, Stradom 14
Lek. Jakowicka Maria, Starowiślna 70
Lek. Till Jadwiga, Pl. Dominikański 1
Lek. Szybist-Antoniewicz Halina, Rakowicka 4
Lek. Turecka Jackiewicz Zofia, Długa 32/12

Uprawniony technik dentystyczny:
Langer Stanisław, Zwierzyniecka 15

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY w Krakowie na dzień 21. XI. 1943

Lekarze ogólni:
Lek. Kirchmayer Stanisław, Podwale 2
Dr Kierzyńska Rozalia, Potockiego 2
Dr Klimaszewska Augustyna, Krowoderska 46
Dr Kłeczek Stanisław, Litewska 6
Dr Kłosowski Stanisław, Bracka 11
Dr Kocwa Juliusz, Długa 32
Lek. Komorowska Iwona, Dietla 13

Lekarze chorób kobiecych:
Dr Głębocka Maria, Floriańska 53
Dr Janicki Stanisław, Pl. Biskupi 3
Dr Jaugustyn Stanisław, Sławkowska 20

Lekarze chorób dzieci:
Dr Kołodyńska Zdzisława, Szwedzka 16
Dr Lewkowicz Ksawery, Krowoderska 19

Chirurdzy:
Dr Nowak Marian, Krakowska 21
Dr Nowicki Stanisław, Piłsudskiego 34

Dermatolog:
Dr Żydłowicz Władysław, Floriańska 22

Neurolog:
Dr Golonka Kazimierz, Mikołajska 9

Lekarze-dentyści:
Dr Pierożyński Oktawian, Starowiślna 39
Lek. Aumüller Irena, Bronowicka 37
Lek. Jarema-Łukowska Helena, Karmelicka 23
Lek. Garbień Jadwiga, Pl. na Groblach 17
Lek. Wojnarowski Roman, Zielona 22/2

Uprawniony technik dentystyczny:
Wiśniewski Czesław, św. Marka 20

ZKW.-Druck, Krakau, Universitätsstraße 19 a